

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902. — N° 42

DE L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE PRIMITIVE DE LA FACE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis POURPRE

Élève de l'École du Service de santé militaire

Né à Pignans (Var), le 4 mai 1879



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901

DE L'ACTINOMYCOSE CUTANÉE PRIMITIVE DE LA FACE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis POURPRE

Élève de l'École du Service de santé militaire

Né à Pignans (Var), le 4 mai 1879



LYON

A. STORCK & Cie, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
8, rue de la Méditerranée

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X.
Cliniques chirurgicales	{ Fochier. Gayet. Gailleton. Pierret. Weill. Monoyer. Hugounenq. Cazeneuve. Florence. Lortet. Testut. Renaud. Morat. Teissier. Augagneur. Mayet. Tripier. Pollosson (Maurice). Arloing. Lacassagne. Courmont (J.). Soulier. Crolas.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

Professeur adjoint

Clinique des maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

Chargés de cours complémentaires

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX,	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Physiologie	DOYON,	—
Accouchements	FABRE,	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	VALLAS	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN
ROUX	SIRAUD	BERARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, président; VLLAS, assesseur;
MM. VILLARD et COURMONT, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ces quelques pages en témoignage
de ma profonde affection et de mon
éternelle reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

HISTORIQUE. — INTRODUCTION

Bien que l'actinomycose soit une affection relativement ancienne, puisque la première découverte des grains actinomycosiques, par Davaine, remonte à 1850, l'histoire de l'actinomycose cutanée est de date très récente.

C'est en 1888 que l'actinomycose cutanée fut mentionnée pour la première fois par un auteur allemand, Muller de Tubingen. Il s'agissait d'une tumeur suppurée de la base du médius droit, chez une jeune femme, à la suite d'une blessure accidentelle par un éclat de bois. Depuis cette époque, les observations d'actinomycose cutanée se sont multipliées. A l'étranger, Bertha, Braatz, Hartmann, Hoehenegg, Kaposi, Pringle, Israel, Illich, etc., ont rapporté de nombreux exemples. En France, Darier et Gauthier, Dubreuilh et Sabrazès, Taburet, Derville, Monestié, Legrain, mais surtout le professeur Poncet et son élève, le docteur Bérard, ont enrichi la littérature de l'actinomycose cutanée.

Cependant, les lésions actinomycosiques observées dans la presque totalité des cas publiés par ces auteurs étaient des lésions venues des parties profondes, lésions qui avaient progressé à travers les tissus pour envahir

consécutivement la peau et constituer à son niveau des symptômes secondaires ou prédominants.

Jusqu'à ces dernières années, aucune distinction ne fut nettement établie entre les cas où l'affection cutanée était due à une infection directe du tégument externe, et ceux où elle était symptomatique d'une lésion profonde primordiale. Taburet (thèse de Bordeaux, 1894 : *Contribution à l'étude clinique de l'actinomyose cutanée chez l'homme*) distingue bien une actinomyose primitive et une actinomyose secondaire, mais sa division est purement factice, puisque, sous la dénomination d'actinomyose primitive, il comprend simplement les cas où la lésion cutanée représente le symptôme le plus apparent. C'est aussi pour avoir méconnu la dualité pathogénique de cette affection qu'Israel, dans ses Communications cliniques pour la connaissance de l'actinomyose humaine (*Beiträge klinische zur kenntniss der menschlichen Aktinomyose*) se trouve en présence d'une série de cas qu'il lui est impossible de faire rentrer dans sa classification fondamentale, à savoir : 1^o actinomyose de la tête et du cou, produite par une infection de la cavité bucco-pharyngienne; 2^o actinomyose de la poitrine, produite par une infection des voies respiratoires; 3^o actinomyose de l'abdomen, produite par une infection de l'appareil digestif. Dans un quatrième groupe, Israel rassemble plusieurs faits où la porte d'entrée du champignon est difficile, sinon impossible à découvrir, et il s'efforce de les faire rentrer dans ses trois grands groupes en se basant sur des considérations très arbitraires.

En 1898, MM. Poncet et Bérard proclament indispensable, au point de vue clinique, la séparation de ces cas

de pathogénie si différente, et dans le chapitre VIII de leur traité clinique (*Actinomyose de la peau et des membres*), étudient les manifestations cutanées, produites exclusivement par la pénétration directe du champignon au travers du tégument externe.

En 1900, Lieblein, assistant de la clinique de Wœlfler, dans son article sur l'actinomyose de la peau (*Beitrag zur klinischen Chirurgie*) rassemble la plupart des observations d'actinomyose cutanée primitive et constitue définitivement le quatrième groupe de la classification d'Israel.

L'actinomyose primitive de la peau est une affection d'une excessive rareté, peut-être parce qu'elle a été mainte fois méconnue. Parmi tous les cas qu'Israel cite dans son travail, Ponfick n'en trouve qu'un dont l'origine primitive soit vraiment authentique. Lieblein en parcourant les statistiques d'Illich (441 cas d'actinomyose) ne découvre que 11 cas d'actinomyose primitive de la peau ainsi répartis : Bertha (clinique de Wœlfler), 2 cas ; Kœhler (clinique Bardeleben), 1 cas ; Kuntzen, 1 cas ; E. Müller (clinique Brüns) et Partsch, 1 cas ; Braatz, 1 cas, etc. A ces cas cités par Illich l'auteur ajoute 12 observations personnelles : total, 23 cas d'actinomyose primitive certaine de la peau.

En France, un nombre sensiblement égal d'observations ont été publiées : les plus intéressantes sont relatées dans le traité de MM. Poncet et Bérard, dans le *Lyon Médical* (Dr Guillemot), dans les *Annales de Dermatol et Syphilig.* (Léon Perrin et R. de Langenhagen), etc. Quelques-unes sont consignées à la fin de cet ouvrage.

L'actinomyose cutanée primitive peut envahir toutes

les parties du corps, mais on l'observe de préférence aux mains et surtout à la face. Ce sont les lésions actinomycosiques de la peau du visage qui offrent le plus d'intérêt à l'observation clinique. Cette affection, bien peu signalée, a, grâce à son extrême ressemblance avec d'autres lésions de la face, causé assez souvent des erreurs de diagnostic.

En présence de la rareté de cette affection, rareté qui forme un étrange contraste avec la multiplicité des traumatismes qui se produisent sur cette région du corps, nous avons pensé, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet, présenter un travail digne de quelque intérêt, en rassemblant les cas d'actinomycose cutanée primitive de la face et en exposant les signes cliniques propres à cette affection.

Nous avons l'intention, après avoir donné les notions étiologiques indispensables, de présenter une étude d'ensemble des lésions cutanées de la face produites par l'invasion du champignon rayonné en insistant plus spécialement sur les formes cliniques particulières à l'actinomycose d'origine directe, de décrire les lésions anatomo-pathologiques de ces types, de rassembler les principaux éléments de leur diagnostic parfois si délicat, enfin dans un dernier paragraphe d'exposer le traitement rationnel de cette affection.

Avant de quitter la Faculté de Lyon, nous tenons à remercier sincèrement M. le professeur Poncet de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse. Son accueil, toujours bienveillant, restera ineffaçable dans notre souvenir.

L. P.

DÉFINITION

Avant d'aborder l'étude clinique de l'actinomycose cutanée primitive de la face, il nous paraît indispensable de définir exactement ce que nous entendons par cette expression. L'infection des tissus superficiels de cette région peut s'effectuer selon deux modes bien distincts :

1° Un mode buccal, le plus habituel, dans lequel la pénétration de l'actinomycès se fait soit par une érosion de la muqueuse, soit à la faveur de la carie dentaire. Le rôle de la carie dentaire comme porte d'entrée du parasite est aujourd'hui indiscuté depuis que Partsch et Israel, à l'examen de plusieurs coupes de dents malades, ont décelé le mycelium de l'Oospora dans les canaux radiculaires. Cette première étape franchie, l'actinomycès envahit la peau par continuité, ou à distance par l'intermédiaire du canal dentaire. Dans ce mode d'infection, les lésions ont en général une localisation bien définie qui permet de reconnaître leur origine, c'est l'angle de la mâchoire. Telle est la forme secondaire de l'actinomycose cutanée de la face. Elle comprend trois catégories de faits qu'il importe de bien préciser pour éviter toute méprise (Lieblein) : 1° les cas dans lesquels les lésions cutanées ont une relation évidente

avec la cavité buccale, car on peut retrouver la voie parcourue par l'agent infectieux ;

2° Les cas où ce chemin a complètement disparu : on peut néanmoins le reconstituer par l'anamnèse et à l'aide de certaines circonstances, telles que cordons fibreux, reliquats d'anciennes fistules, etc. ;

3° Les cas dans lesquels l'affection cutanée représente la métastase d'un foyer actinomycosique primitif ou secondaire localisé dans un point plus éloigné.

Dans ces trois groupes rentrent la plupart des observations publiées en France sous la rubrique : Actinomycose cutanée de la face, observations qui certainement auraient été classées par Hochenegg et Tilanus dans leur *Actinomykosis cutis faciei*, et que MM. Poncet et Bérard ont versé dans le groupe gingivo-jugal de la forme faciale profonde (*Traité clinique de l'actinomycose*).

Le deuxième mode d'infection est le mode cutané, primitif, dans lequel l'actinomyces franchit directement la barrière dermo-épidermique à la faveur d'une solution de continuité. Dans cette forme, du moins à l'origine, les lésions sont limitées aux téguments voisins de la plaie d'inoculation ou aux plans immédiatement sous-jacents. Elle seule mérite le nom d'actinomycose primitive de la peau : ce sera le sujet exclusif de notre étude. Cette forme comprend à son tour deux séries de cas (Lieblein) :

1° Ceux dans lesquels l'infection est provoquée d'une manière certaine par la blessure du tégument externe ;

2° Les cas dans lesquels ce mode d'infection ne peut être directement démontré, mais qu'il faut admettre par exclusion, puisque l'esprit ne peut concevoir la possibilité d'un autre mode d'inoculation. Parmi ces cas,

rentrent les observations I, II, VII, VIII rapportées à la fin de cet ouvrage.

Ainsi définie, l'actinomyose primitive de la peau de la face est une affection extrêmement rare, puisqu'en parcourant avec soin la littérature médicale de ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, nous avons pu à peine réunir dix observations authentiques. Bien qu'elle possède en somme des signes cliniques sensiblement analogues à ceux de l'actinomyose cutanée symptomatique de lésions profondes, elle affecte cependant certains types prédominants sur la description desquels nous insisterons de préférence. Au fur et à mesure de notre étude, nous relèverons les particularités qui ont plus spécialement attiré notre attention.

ÉTIOLOGIE

Elle comprend deux sortes de causes : une cause efficiente et des causes déterminantes :

CAUSE EFFICIENTE

C'est l'actinomycès. La biologie de l'actinomycès est beaucoup trop connue pour être exposée à nouveau. (Consulter le *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, par Poncet et Bérard, chapitre II.)

CAUSES DÉTERMINANTES

Une notion capitale domine toute l'étiologie générale de l'affection actuelle : c'est le traumatisme. Le rôle du traumatisme doit être examiné à un double point de vue (Vincent). Tantôt il ouvre directement la porte à l'infection. Par la solution de continuité ainsi produite, l'agent vulnérant apporte le champignon à l'intérieur des tissus superficiels où l'actinomycès s'implante et colonise. Tantôt il prépare la voie à l'infection primitive en diminuant simplement la vitalité des tissus et en déterminant à leur niveau une inflammation chronique qui prépare le terrain à l'invasion du parasite. Vincent (thèse Lyon, 1897) rapporte le cas suivant de Lührs : Un individu chez lequel le contact permanent de la guide de son chariot avec la

nuque détermina à ce niveau une inflammation chronique, vit au même endroit se localiser un foyer d'actinomyose. L'observation du Dr Guillemot n'est pas moins intéressante. Il s'agit d'un jeune homme blessé à la joue par une traverse de bois, et qui voit se développer au point contaminé une actinomyose cutanée. Cet individu est porteur à la région sterno-mastoïdienne droite d'une petite tumeur que l'on suppose appartenir au groupe des adénomes glandulaires, et qui, froissée par le col de la chemise, s'enflamme et devient le siège d'une localisation actinomycosique.

Nous passons sous silence les autres causes prédisposantes, relatives à l'âge, sexe, pays, etc., qui sont sans intérêt pour notre sujet.

Quels sont les modes de contagion qui peuvent amener le développement de lésions cutanées primitives de la face ? On peut les ranger sous trois groupes :

1° *Contagion par l'espèce humaine.* — « L'infection d'homme à homme, dit M. le professeur Poncet, doit être excessivement rare à cause de l'atténuation rapide du parasite par les microbes qui s'y trouvent associés dans les lésions. » Et, en fait, cette contagion humaine n'a été observée qu'une seule fois. On trouve cité partout le cas de Baracz, relatif à un cocher qui aurait contaminé sa fiancée par ses baisers. On ne possède aucun document précis sur le point de départ de l'affection chez la jeune fille, mais on conçoit parfaitement que la présence d'une plaie en un point quelconque de son visage ait pu être la source d'accidents primitifs actinomycosiques. MM. Poncet et Bérard mettent cependant en doute la

possibilité de la contagion humaine; ils concluent non pas à une relation de causalité, mais à une simultanéité d'effets, les sujets se trouvant, à la campagne, dans des conditions de vie absolument identiques, par conséquent soumis à des causes communes de contagion.

2° *Contagion par l'espèce animale.* — Elle a été pendant longtemps regardée comme la plus fréquente. Plusieurs animaux sont susceptibles d'être porteurs de lésion actinomycosiques, entre autres le mouton, le porc et surtout le bœuf. Ces lésions ont reçu des cultivateurs qui emploient au labour la race bovine de multiples dénominations : cancer des joues, harpes (Savoie), ormes (Charolais), langue de bois (Allemagne), mal de crapaud (Italie). Eh bien, même la fréquence de la contagion animale a été niée par MM. Poncet et Bérard. D'après ces derniers le champignon ne se trouve pas, sur la race animale, dans des conditions de virulence favorables, ce qui justifie l'opinion de Liebmann que, par le passage sur les animaux, le parasite perd de sa virulence. Des dix observations d'actinomycose primitive publiées à la fin de cet ouvrage trois seulement ont trait à la contagion animale :

1° Observation d'Hartmann : un jeune homme avait pour mission de presser un abcès actinomycosique d'un bœuf pour en faire sourdre le pus : il s'inocula la maladie en portant les doigts à son nez;

2° Observation II du professeur Poncet ;

3° Observation X de Gaucher et Lacapère.

3° *Contagion par les végétaux.* — C'est de beaucoup la plus répandue. Parmi les végétaux, deux catégories se partagent l'étiologie de l'actinomycose cutanée primitive

de la face. En première ligne, se trouvent les graminées. Dans la plupart des observations recueillies par nous, l'éclosion de la maladie a été consécutive à une piqure par les céréales (paille, ou grains de blé, d'avoine et plus particulièrement de seigle). Pendant la moisson on a vu des hommes se piquer avec un épi et à ce niveau survenir un foyer actinomycosique. Le bois, surtout dans certaines conditions d'humidité et de pourriture, constitue aussi une cause fréquente de contagion (cas de Muller, de Poncet, de Guillemot) — Les prairies, le foin ont plus rarement donné naissance à des lésions cutanées.

« Ce qui augmente la fréquence et les dangers de la contagion végétale, disent MM. Poncet et Bérard dans leur *Traité clinique d'actinomycose*, chapitre III, c'est la longévité remarquable des spores de l'actinomyces, capables d'être inoculées positivement aux animaux après trois années d'ensemencement sur des grains d'avoine, tandis que ce même champignon, restant au stade mycélien dans les tissus animaux, est incapable de résister à la phagocytose et aux agents de destruction extérieurs. »

.

Déposé à la surface de la peau traumatisée, l'actinomyces chemine de proche en proche, mais sans voie tracée, en disséquant les tissus (Rochet), creusant des galeries par un travail de taupinière (Poncet et Bérard), avançant le long des gaines vasculaires ou des interstices cellulux qu'il suit de préférence. Introduit et proliféré dans ces tissus, il détermine une irritation analogue à celle créée par un corps étranger. Cette irritation réactionnelle de l'organisme se traduit par une série de symptômes qui feront l'objet du chapitre suivant.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous considérerons deux phases dans l'étude clinique de l'actinomycose cutanée primitive de la face : 1° une période de début pendant laquelle se développent les premiers signes, d'ordre le plus souvent banal, qui annoncent l'éclosion de la maladie ; 2° une période d'état où les premières lésions, après une évolution plus ou moins rapide, constituent des types cliniques parfaitement déterminés. Dans l'exposé des symptômes, nous insisterons de préférence sur les formes spéciales à l'affection cutanée primitive.

Début de l'affection.

Dans les téguments de la face, en un point blessé par un grain de céréale contaminé, ou souillé par le pus d'un foyer actinomycosique, particulièrement du bœuf, se forme une tuméfaction d'apparence inflammatoire. Cette tuméfaction peut rester localisée au point d'inoculation, ou donner naissance à une sorte d'empâtement qui envahit de proche en proche les régions voisines. Elle se comporte, dans certains cas, comme un véritable abcès, en aboutissant à une suppuration rapide (obs. V de Léon

Perrin) ou retrocède progressivement pour faire place à un érythème plus ou moins étendu (obs. IV, R. de Langenhagen).

Parfois c'est une infiltration oedémateuse, de consistance ferme, qui tend à envahir les tissus du voisinage (cas de Lieblein).

Plus rarement, c'est le nodule caractéristique de l'actinomyose qui ouvre la marche des accidents.

Dans ces phénomènes du début, la douleur est un élément très inconstant. En général, dans les formes primitives, la pression sur les parties malades ne provoque aucune sensibilité. Dans quelques cas sont signalées des douleurs spontanées, revêtant parfois le type névralgique (Monestié). C'est le cas de la malade du professeur Poncet (obs. XI). Néanmoins ces douleurs névralgiques, bien rares dans l'actinomyose cutanée primitive de la face, étaient à peine ébauchées dans cette observation.

Ce qui mérite d'attirer l'attention dans le début de l'affection cutanée primitive, c'est la propriété vraiment remarquable de l'actinomyces de rester à l'état latent dans les tissus, pendant des mois et des années, sans provoquer d'accidents. Muller, de Tubingen, avait déjà fait observer cette particularité. Il rapporte l'observation d'une femme blessée à la main par un éclat de bois ; un fragment reste implanté dans la peau, s'enkyste, et semble bien toléré lorsque au bout de deux ans, la petite tumeur d'enkystement s'accroît tout d'un coup et s'enflamme. A l'incision l'esquille apparaît, recouverte d'un enduit grisâtre, pultacé, qui n'était autre qu'une culture d'actinomyces. Chez le malade du Dr Guillemot, c'est seulement deux mois après la blessure de la joue par une

traverse de bois que les premiers accidents sont survenus. Dans l'observation publiée par M. R. de Langenhagen, un intervalle de dix années s'écoule entre le moment de l'inoculation et l'éclosion des premiers symptômes appréciables. S'agit-il là d'incubation ainsi que le prétendent certains auteurs ? C'est peu probable en raison des variations extrêmes que peut subir cette période. Nous pensons plutôt, avec le professeur Poncet, à des phénomènes de microbisme latent. Que les tissus de la région ainsi souillée par le parasite soient le siège d'un traumatisme qui amoindrisse leur vitalité, aussitôt l'on voit apparaître et se succéder les nodules typiques de la maladie.

Le trismus, qui constitue le symptôme initial de l'actinomyose cutanée secondaire de la face, fait généralement défaut dans les formes primitives.

Période d'état.

A cette période, la tuméfaction du début a fait place à des symptômes si variés que les auteurs qui se sont occupés de la question ont été amenés à établir une classification des types de la maladie.

Pour les commodités de la description, nous diviserons ces formes en deux groupes, qui représentent en même temps deux stades différents de l'évolution des lésions :

- 1° Formes ulcérées;
- 2° Formes non ulcérées.

1° FORMES NON ULCÉRÉES

Elles comprennent quatre éléments qui s'observent avec une fréquence inégale dans l'actinomyose cutanée primi-

tive de la face : l'érythème, la macule, la vésicule et le nodule. Toujours au début de leur évolution, les lésions cutanées affectent la forme nodulaire (Poncet et Bérard) aussi commencerons-nous notre description par la forme la plus communément observée, le nodule.

Type nodulaire. — Sur le fond érythémateux des téguments de la face infiltrés par le mycélium du champignon, apparaissent, au bout d'un certain temps, de petites tuméfactions, de volume variable, de la grosseur d'une lentille à celle d'une petite noix, bien délimitées et enchâssées dans le derme. Leur nombre n'est pas moins variable et il n'est pas rare de voir apparaître tout autour de la tumeur primitive et à mesure qu'elle s'accroît, une série de petites tumeurs semblables. Cette nodosité fait corps avec la peau et se déplace avec elle. Sa consistance, dure au début sur toute l'étendue du nodule, devient ligneuse au niveau de la base d'implantation tandis que le centre se ramollit, « donnant alors l'impression d'une coque fibreuse, remplie d'une masse mollassse où l'on peut percevoir une fausse fluctuation » (Taburet).

Les nodules peuvent rester isolés ; la région envahie prend alors un aspect mamelonné caractéristique (fig. 1). Si ces tumeurs sont plus confluentes, elles se groupent autour du nodule primitif pour se greffer finalement à ce dernier. La région malade se présente alors sous un aspect qui l'a fait comparer par certains auteurs à une tomate.

Au début de l'affection, la peau qui recouvre le nodule est normale ; au bout d'un temps variable, elle devient lisse, brillante et adhère au nodule sous-jacent. A son

niveau, on aperçoit parfois un pointillé jaunâtre correspondant aux grains du parasite. Elle s'amincit, rougit. Au sommet de la tumeur, d'une coloration plus foncée que les parties avoisinantes, apparaît dans certains cas une petite phlyctène roussâtre et sanguinolente (Taburet) qui s'ulcère au moindre traumatisme. Le plus souvent l'ulcération se produit spontanément au niveau de la peau amincie des nodules.

De l'ouverture cutanée s'écoule un pus jaunâtre mal lié, souvent presque séreux, contenant des grumeaux volumineux et des grains d'actinomyose. Ces grains ne sont pas toujours de couleur jaune soufre, mais le plus souvent blanc grisâtre. Une fistule persiste, tapissée de bourgeons charnus et saignant facilement, qui conduit dans une cavité remplie de fongosités. Quand les causes banales d'infection se surajoutent à l'infection actinomycosique, ces fistules livrent passage à une grande quantité de pus phlegmoneux, bien différent du pus ordinaire.

Dans l'actinomyose cutanée de la face, il est fréquent d'observer une succession ininterrompue de nodules. Quand un de ceux-ci, en s'abcédant, a donné naissance à une fistule qui se tarit et se ferme, une tumeur nouvelle se forme au voisinage, suivant une évolution identique. Parfois la même fistule se ferme et se rouvre plusieurs fois. Dans certains cas, quelques nodules n'arrivent pas à la suppuration ; on se trouve alors en présence de tumeurs de consistance différente, les unes affaissées, ramollies et ulcérées, les autres dures, recouvertes d'un épiderme normal (obs. IV). Tous ces nodules ont pour caractéristique de reposer sur une base indurée, de consistance ligneuse au toucher, et cette sensation, donnée par certains



Fig. 1. — Actinomycose cutanée primitive de la joue.

auteurs comme pathognomonique, est perçue bien au delà de la rougeur cutanée qui entoure le nodule (Taburet).

Comme le fait remarquer Taburet (thèse Bordeaux, 1893), ces lésions ont une marche essentiellement envahissante. On a observé quelquefois une guérison spontanée des parties centrales de la région malade. Cette régression des lésions serait due à la présence de vaisseaux sanguins néoformés dans la zone de tissu conjonctif fibreux qui forme la partie externe de la paroi de l'abcès (Petrov), d'où une tendance marquée à la formation de tissu cicatriciel (Israel). Au contraire, à la périphérie des lésions, le champignon provoque la formation de nouveaux nodules. Profondément, l'actinomyces pousse des prolongements fibreux qui pénètrent à travers les muscles jusqu'aux os. Ce sont les cordons fibreux de Leser auxquels certains auteurs attachent une grande importance diagnostique.

Type érythémateux. — Il est constitué par des plaques étendues brillantes, à contours irréguliers. Il peut se généraliser à toute la face (obs. IV et VI). La teinte varie d'un rouge vif à un rouge très foncé, tirant parfois sur le bleu et rappelant exactement la couleur de la lie du vin. La plaque érythémateuse est lisse et présente au toucher une sensation de sécheresse particulière. Elle est d'habitude liée à l'existence de nodules et d'ulcérations actinomycosiques. On a nié qu'elle puisse constituer un type clinique isolé. Ce type existe fort net cependant dans l'observation IV. Il s'agit d'une malade qui, après une piqure, vit se développer à la face une tuméfaction avec érythème. La tuméfaction disparut progressivement, mais l'érythème persista et fut, pendant dix années,

l'unique symptôme de l'affection. Primitivement écarlate il devint couleur lie de vin. La peau avait gardé à son niveau sa souplesse normale.

Type maculeux. — Les macules sont rarement observées dans l'actinomyose cutanée primitive de la face. Elles semblent être, ainsi que les vésicules, le privilège des lésions venues des parties profondes. Ce sont des taches d'un rouge vif au début. Au fur et à mesure de leur évolution, elles prendraient, d'après Raingeard, une teinte bleuâtre. Ces placards, de 1 à 4 centimètres de long sur 1 à 1 cent. 1/2 de large, sont à bords nets, tranchant sur la peau par leur coloration rouge foncé. La peau présente à leur niveau une sécheresse remarquable : elle est sillonnée de fines irrégularités rappelant comme forme celle de petites écailles polyédriques (aspect ocellé décrit par Raingeard) ; elle est parcheminée, translucide. On n'observe ni dépression ni saillie à la surface de séparation des peaux saine et malade, mais parfois de minces traînées jaunâtres.

Sous l'influence de l'ioduré de potassium, les formes érythémateuse et maculeuse subissent certaines transformations intéressantes. Toutes deux sont susceptibles de disparaître, mais tandis que les placards érythémateux rétrocedent sans présenter de variation de teinte, les macules prennent une couleur foncée, bleuâtre en s'effaçant de la périphérie vers le centre (Raingeard).

Type vésiculeux. — Dans l'actinomyose cutanée primitive, la présence des vésicules est exceptionnelle. Raingeard (thèse de Paris, 1896), étudiant un cas d'acti-

nomycose de la région dorsale, consécutif à des lésions pulmonaires, a bien décrit ce type morbide. Je résume ici sa description : « Sur un tissu cutané absolument sain, on voit une vésicule pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre. Elle est ronde ou ovalaire et forme une saillie de plusieurs millimètres. Cette vésicule est convexe et translucide, laissant deviner au travers de la paroi le contenu de la tumeur sous-jacente. Sa teinte est variable, mais toujours bleutée : elle tire tantôt sur le rouge, tantôt sur le violet. Cette teinte finit à l'anneau d'insertion. Celui-ci, sur une étendue de 1 à 2 millimètres, présente une coloration rouge qui se perd insensiblement sur la peau saine. La peau est soulevée dans ses couches superficielles et la vésicule fait partie d'une tumeur dont elle occupe le centre. On voit par transparence quelques granulations rougeâtres à bords plus jaunes. Ces granulations, de 1 millimètre de diamètre environ, paraissent flotter dans une sérosité plus abondante. On les déplace facilement par le palper. On cherche en vain une fluctuation nette ; la tumeur ne paraît formée que de fongosités, masquées par la teinte plus ou moins foncée de la cuticule. »

2^o FORMES ULCÉRÉES

Les ulcérations sont l'aboutissant des lésions précédemment décrites. Elles peuvent rester superficielles ou devenir profondes (Poncet et Bérard), d'où deux types distincts.

1^o *Ulcérations superficielles.* — Elles succèdent soit à des plaques érythémateuses, soit à des vésicules.

Dans le premier cas, l'ulcération semble constituée par l'absence ou la chute de l'enduit vernissé de ces plaques ; leurs bords ne sont pas décollés, leur fond est d'un rouge vif (Raingeard). Sur le pourtour de l'ulcération, l'épiderme prend une teinte livide, bleutée. Au niveau et sur le fond mis à nu, on observe parfois un liseré de grains jaune d'or d'actinomycose. Ces grains s'étendent peu à peu vers le centre donnant bientôt à la plaque ulcérée une teinte jaune.

Quand l'ulcération succède à une vésicule, on voit un foyer évidé en cupule, comparable à de petits chancres mous ou à des pustules d'acné (Poncet). L'ulcération, à fond grisâtre et à bords décollés, donne naissance à un léger suintement de sérosité purulente. Sous la peau décollée, se trouvent des grains jaunes du volume d'une tête d'épingle. Quand ces ulcérations guérissent, leurs bords se recollent dans leur partie profonde. Il se forme une croûte épaisse, adhérente, qui en tombant laisse une légère cicatrice.

Ulcérations profondes. — Beaucoup plus fréquemment s'observent les ulcérations profondes. Elles sont dues soit à un nodule unique, soit à la confluence de plusieurs nodules élémentaires : leurs contours polycycliques font alors penser à certaines ulcérations tertiaires de la syphilis (Poncet) ; ils sont réguliers, décollés, taillés à pic et parfois si élevés que leur aspect rappelle celui d'un puits cylindrique foré dans les tissus (Bodin). Tout autour est une zone rouge, surélevée, oedémateuse, molle près du rebord du puits, ferme au contraire à la base de la lésion. Leur fond, siège d'une désintégration granuleuse, est

irrégulier, jaunâtre, et laisse suinter un liquide purulent peu abondant, facilement hémorragique, contenant parfois des grains jaunes.

Quand les ulcères mycosiques sont envahis par des infections bactériennes secondaires, leurs caractères sont modifiés (Poncet). On voit des cratères, semblables aux cratères furonculieux, mais privés de leur bourbillon. C'est la forme anthracoïde de Maiocchi.

En vertu de la propriété du parasite de pousser des galeries dans tous les sens, chaque ulcération nouvelle se met en communication par sa partie profonde avec les ulcérations voisines; c'est l'origine des vastes décollements observés parfois à la face et facilement constatables par l'exploration au stylet.

Il en résulte la formation d'un plus ou moins grand nombre de fistules par où s'écoule en petite quantité un liquide louche séreux et granuleux bien différent du pus ordinaire. Il n'est pas rare d'y voir des actinomyces.

.....

Tels sont les principaux aspects que peut revêtir l'actinomycose cutanée primitive au niveau des téguments de la face. Cependant, ces formes sont rarement observées à l'état isolé : au fur et à mesure de leur évolution, elles se transforment les unes dans les autres. C'est ce qui a conduit les auteurs à décrire des formes mixtes. Nous n'avons point l'intention de passer en revue les combinaisons multiples qui peuvent résulter de l'association des lésions précédemment décrites : ce serait un travail fastidieux et parfaitement inutile. Nous ferons mention seulement d'une lésion bien décrite dans la thèse de Monestié : « Sur un tissu cutané, de coloration rouge

vineux, on peut trouver des points ardoisés ou bien quelquefois d'un rouge bleuâtre, disséminés, de la grandeur d'une lentille, tantôt circulaires, tantôt allongés comme un coup d'ongle, demi-transparents, laissant soupçonner, au-dessous de l'épiderme aminci, une substance gélatineuse. » Ces taches, quand elles existent, peuvent servir de guide précieux pour le diagnostic.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Ils sont à peu près nuls dans cette affection. L'actinomyose cutanée primitive de la face est apyrétique. Dans les premières périodes de la maladie, l'apparition de la fièvre est le signe d'une infection surajoutée (forme anthracôide de Maïocchi). Lorsqu'il existe des complications viscérales (obs. IV) dans les périodes terminales de la maladie, on peut voir apparaître la fièvre hectique amenant avec elle une cachexie progressive.

Les divers symptômes, tels que la céphalée, l'asthénie, l'amaigrissement, l'insomnie, l'inappétence, signalés dans cette même observation, sont aussi rares que la cachexie actinomycosique.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC

Les lésions histologiques des formes érythémateuse et maculeuse sont fort peu connues à l'heure actuelle. Dans l'érythème pur, les altérations cutanées sont très superficielles : témoin la malade de l'observation IV. Elle a présenté, pendant dix ans, une teinte rouge vineux du visage et durant ce long intervalle, les autres caractères de la peau sont restés normaux. Dans le type maculeux, les lésions imprègnent assez profondément le derme ; aussi la peau offre-t-elle au palper une sensation particulière de rudesse due à un état parcheminé.

La vésicule actinomycosique est très rare dans les infections primitives des téguments de la face. Nous insisterons peu sur leurs caractères anatomo-pathologiques. Une première variété est constituée par un simple abcès sous-épidermique (Vincent). Dans une deuxième variété la vésicule paraît dissocier les différentes couches du derme pour s'y développer (Raingeard). La cicatrisation de ces vésicules amène la formation de taches comparables à celles du vitiligo.

Le nodule est constitué aux dépens des éléments des

tissus sous l'influence de leur réaction au contact du parasite. D'après Pawlowski et Maksoutow, l'actinomycès implanté dans un tissu détermine un puissant appel de phagocytes qui cherchent à l'englober. Ces phagocytes sont fournis par les cellules du tissu conjonctif (clasmato-cytes et macrophages) et par des leucocytes mononucléaires (Poncet et Bérard). Ces divers éléments se transforment en grandes cellules épithélioïdes et forment plusieurs couches concentriques qui constituent le nodule élémentaire infectieux.

A la coupe d'un nodule actinomycosique adulte, l'examen microscopique révèle, d'après MM. Poncet et Bérard, trois sortes d'éléments, en allant du centre à la périphérie :

« 1° Le parasite en amas libres ou fixés sur le corps étranger qui leur a fait la voie à travers les tissus. L'actinomycès se trouve au contact immédiat des cellules épithélioïdes ou en est séparé par une zone de dégénérescence granuleuse.

« 2° Une couche d'épaisseur variable constituée par les cellules épithélioïdes : ce sont les cellules plasmatiques de Unna, qui ne tardent pas à subir dans les couches externes des phénomènes de dégénérescence. Ces phénomènes sont de deux sortes : 1° la colliquation, par dissolution du protoplasma ; 2° la dégénérescence hyaline, par transformation de la substance protoplasmique en boules brillantes homogènes.

« La troisième couche, la plus externe, est représentée par une atmosphère de tissu de granulation. Ce tissu est constitué par des travées qui limitent de grands espaces bourrés d'éléments analogues aux leucocytes.

A la période de suppuration des nodules, l'abcès actinomycosique présente deux parties à étudier, la paroi et le contenu.

La paroi est formée de deux zones : 1° une zone externe constituée par du tissu conjonctif adulte, renfermant une grande quantité de vaisseaux sanguins néoformés. Israel explique par la présence de ces vaisseaux la tendance marquée des lésions actinomycosiques à la formation de tissu cicatriciel. Cette cicatrisation constitue en effet le processus ordinaire de guérison : il se forme des couches concentriques de tissu fibreux qui étouffent le parasite.

La zone interne est tapissée de bourgeons charnus. En dehors de ces bourgeons charnus, d'après Vincent, la paroi serait formée de cellules embryonnaires ou fusiformes qui s'organisent de plus en plus vers la périphérie de manière à constituer une sorte de tissu fibroïde qui se confond progressivement avec le tissu conjonctif adulte.

Le contenu de l'abcès est représenté par un liquide qui possède des caractères très spéciaux. Avant toute adjonction de bactéries étrangères, le liquide, retiré par une ponction aseptique, est séro-sanguinolent, couleur terre de Sienne, ou encore ressemble au sang mélangé avec une solution forte de chlorure de zinc (Brault d'Alger). Il est en forte quantité, peu fluide, et s'écoule difficilement à l'incision. A l'examen microscopique des éléments figurés du pus, on voit que les lésions cellulaires s'arrêtent le plus souvent au stade de prolifération et de fragmentation trouble du protoplasma (Poncet).

Après l'envahissement du foyer par les microcoques vulgaires, on obtient un pus grumeleux qui tend à

prendre les caractères du pus phlegmoneux ordinaire des abcès.

État des ganglions. — Dans l'actinomycose cutanée, les lymphangites et les adénites mycosiques constituent des raretés (Poncet et Bérard). Pour Plicque, les parasites sont trop volumineux pour pénétrer dans les ganglions lymphatiques. Pour MM. Poncet et Bérard, l'intégrité habituelle du système lymphatique trouve son explication dans le mode de progression de l'actinomycès. En effet, « les lésions s'étendent par l'intermédiaire des cellules elles-mêmes des parois des abcès ou des fistules et non par le transport du parasite dans la lymphe qui les imbibe ».

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA PEAU

Si l'on examine au microscope une coupe de la peau de la joue au niveau d'un nodule en voie de ramollissement, on voit les altérations suivantes (Poncet). Les plans les plus profonds du derme sont sclérosés. Les glandes sudoripares et sébacées, encerclées de bandes conjonctives plus ou moins épaisses, paraissent par endroits étouffées par ces dernières. A mesure qu'on se rapproche du derme « on peut observer autour des amas parasitaires des foyers d'inflammation dans lesquels on peut reconnaître de rares cellules géantes et les cellules en dégénérescence granuleuse et hyaline, décrites par Unna.

« Au niveau de l'épiderme, les cellules du corps muqueux de Malpighi sont dissociées par une sérosité œdémateuse, et pénétrées par les leucocytes des foyers sous-jacents. Certaines de ces cellules ont leur protoplasma

gonflé, vésiculeux, ou totalement hyalin : ainsi se forment d'apparentes lacunes... Les cellules du stratum granulosum, gonflées également, ne contiennent que peu ou pas d'éléidine. La couche cornée au contraire a pris un développement anormal et s'étend en bandes épaisses, parfois partiellement détachées de la profondeur. » (Poncet et Bérard : *Traité clinique de l'actinomycose.*)

Marche. — Durée. — Pronostic.

L'actinomycose cutanée primitive de la face est une maladie essentiellement chronique. Pendant longtemps, les lésions restent localisées aux plans voisins de la plaie d'inoculation, aussi sont-elles facilement abordables au traitement mixte qui les fait rétrocéder rapidement.

Lorsqu'avec le temps, et en l'absence de toute thérapeutique, les plans profonds sont imprégnés du parasite, il est alors fréquent de voir échouer toute espèce de tentative, même chirurgicale.

La durée de l'affection est indéterminée. Quand la mort survient dans le cours de l'actinomycose, elle est due le plus souvent à une maladie intercurrente, dans certains cas rares, à une métastase viscérale (obs. IV), exceptionnellement à la cachexie signalée par certains auteurs.

Le pronostic est absolument favorable. Il repose sur un diagnostic précoce, qui permet d'instituer un traitement rationnel et d'obtenir une guérison définitive.

DIAGNOSTIC

L'actinomycose cutanée primitive de la face est une affection si rarement observée, si peu signalée par les auteurs, que la question du diagnostic constitue le plus souvent pour le clinicien une tâche des plus délicates. Nombre de cas sont passés inaperçus, même aux yeux des plus éminents praticiens, et traités comme des lésions tuberculeuses, syphilitiques ou autres. Cette confusion s'explique tout naturellement par ce fait que l'observateur ne retrouve pas au niveau de la cavité buccale le point de départ habituel de la maladie. En outre l'absence fréquente de signes cliniques vraiment pathognomoniques est bien faite pour dérouter l'observation la plus attentive.

Ce qui caractérise en effet l'actinomycose, c'est, comme le fait remarquer le professeur Poncet, une sorte d'hybridité des signes physiques, un mélange de lésions inflammatoires et néoplasiques. Les malades font penser à une lésion scrofulo-tuberculeuse, mais en plus ils donnent l'apparence de maladies qu'on n'a pas l'habitude de voir (*Province Médicale*, 1883).

Comment pourrons-nous donc arriver au diagnostic ?

Une première catégorie de renseignements nous seront fournis par la recherche des antécédents du malade. Les professions qui soumettent les individus à l'influence des contacts multiples avec les animaux ou les végétaux exposent plus spécialement à l'infection actinomycosique. Les éléments d'un diagnostic plus précis nous seront fournis par l'examen clinique. Certains signes peuvent nous mettre sur la voie de l'actinomycose. En premier lieu, l'évolution bizarre des lésions qui ne font penser à aucune affection connue (Poncet), leur marche chronique, l'absence ordinaire de fièvre unie à une rougeur intense des tissus, la formation sur la peau infiltrée et indurée de bosselures et de sillons, de tumeurs de consistance très inégale, les unes indurées, les autres fluctuantes, et, signe donné comme caractéristique, reposant sur une base ligneuse. Le professeur Poncet insiste sur la multiplicité des fistules ; par ces fistules s'écoule en petite quantité un liquide séro-sanguinolent, tenant des grumeaux jaunâtres en suspension.

Monestié décrit au niveau des lésions actinomycosiques des points ardoisés ou d'un rouge bleuâtre, de la grandeur d'une lentille, laissant soupçonner au-dessous d'eux, grâce à leur transparence, une substance gélatineuse. Ces points peuvent s'ulcérer et donner naissance à des fistules. Taburet (thèse Bordeaux, 1893), pense qu'il est impossible de diagnostiquer les foyers d'actinomycose non encore ouverts à l'extérieur autrement que par une ponction exploratrice qui montre les grains caractéristiques. Et, de fait, c'est la constatation certaine des grains actinomycosiques qui seule tranchera le diagnostic. La recherche de ces éléments peut donner lieu à des erreurs

quand on n'est pas suffisamment renseigné sur la morphologie du champignon : « On risque de méconnaître le parasite, disent MM. Poncet et Bérard, quand on pense trouver un grain volumineux, toujours facilement visible à l'œil nu, d'une couleur jaune intense. Il faut savoir que le grain actinomycosique est essentiellement variable dans ses dimensions et sa coloration. Il peut être aussi fin qu'une pointe d'épingle ou égaler en grosseur une graine de pavot. Sa nuance va du gris à peine teinté au brun presque noir en passant par le jaune et le roux. Pour réunir toutes les chances de succès, on devra pratiquer l'examen d'une façon précoce et soumettre au microscope tous les éléments suspects en portant surtout son attention sur les caillots formés autour des fongosités et dus à l'hémorragie presque constante quand on ouvre au bistouri les foyers en voie d'ulcération. On évitera ainsi l'erreur qui consiste à prendre pour des actinomycètes différents produits organiques et d'autres champignons pathogènes. » (*Traité clinique de l'actinomycose*, chapitre IX.)

Dans certains cas, l'actinomycète ne peut être décelé, même par un examen attentif du pus et des fongosités. Le diagnostic se pose alors avec les nombreuses maladies qui simulent l'actinomycose de la face. Nous allons passer en revue les principales en les classant selon les types avec lesquels elles pourraient être confondues.

DIAGNOSTIC DE LA FORME ÉRYTHÉMATEUSE

Le diagnostic de l'érythème actinomycosique de la face serait à faire avec tous les érythèmes susceptibles de

se localiser à cette région. Nous bornerons notre diagnostic différentiel à deux affections principales.

1° *Lupus érythémateux*. — Sous sa forme la plus commune, il est constitué par des taches plus ou moins étendues d'un rouge sombre vineux, à bords irréguliers, siégeant de préférence aux joues, au nez et aux oreilles. Elles sont recouvertes de fines squames épithéliales, et croissent lentement sans prurit ni douleurs. L'érythème actinomycosique de la face observé à l'état isolé, ce qui est rare, peut être confondu avec cette forme de lupus. L'évolution des lésions tranchera le diagnostic. Tandis que, dans le lupus érythémateux, l'extension des lésions est progressive à la périphérie, avec production au centre d'une cicatrice blanchâtre et régulière, l'érythème actinomycosique disparaît peu à peu sans changer de teinte, ou se complique de l'apparition de nodules ou d'indurations avec lesquels il coexiste le plus souvent.

2° *Mycosis fungoïde*. — Cette affection est constituée à son début par des taches érythémateuses, qui, par leur confluence, peuvent recouvrir la presque totalité de la face (érythrodermie prémycosique de Besnier et Hallopeau). La rougeur des téguments est accompagnée d'une certaine infiltration du derme. Ce qui distingue l'érythrodermie prémycosique de l'érythème de l'actinomycose, c'est le prurit très accentué des lésions, et leur transformation rapide en eczéma lichénoïde, donnant naissance à un aspect rugueux et furfuracé de la peau. De plus, grâce à leur mobilité,

elles disparaissent et se reproduisent à intervalles réguliers (Gaucher).

Plus tard à la période de tumeurs mycosiques, sur la plaque congestive apparaissent des excroissances grosses au début comme de petites noisettes. On écartera à ce moment l'idée de nodules actinomycosiques par l'aspect framboisé des tumeurs, leur coloration rouge tomate (Gaucher), leur extrême vascularité et leur consistance élastique, parfois fluctuante.

DIAGNOSTIC DE LA FORME NODULAIRE

Lupus tuberculeux ou vulgaire. — Le nez et les régions voisines constituent son siège de prédilection, son extension est le plus souvent symétrique. Il est caractérisé par une coloration rouge sur le fond de laquelle se détachent de petites élevures représentées par les nodules lupiques. Ce nodule, superficiellement situé, varie comme volume entre un grain de millet et un grain de chènevis. Sa coloration est rouge jaunâtre, sa consistance molle et friable. Habituellement indolent, il devient le siège de sensations pénibles quand on le soumet à une pression un peu forte. Il possède parfois une translucidité colloïde (Besnier), et saigne abondamment sous l'influence des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. Quand ces signes existent nettement, ils permettent en général de différencier cette forme de tuberculose cutanée du lupus actinomycosique de Leser. Dans les cas difficiles, on se rappellera que le tubercule lupique est plus petit ; que sa base d'implantation ne présente jamais cette dureté ligneuse qui caractérise certains nodules d'actinomycoïse. Le lupus peut

donner naissance à des ulcérations plus ou moins étendues mais jamais à des collections purulentes ou à des fistules.

L'examen microscopique peut dans quelques rares circonstances déceler la présence du bacille de Koch dans les lésions. Il est plus sûr d'avoir recours aux inoculations intrapéritonéales chez le cobaye si l'on veut obtenir un résultat positif.

Gommes tuberculeuses cutanées. — La gomme tuberculeuse débute par une petite infiltration dermique ou sous-dermique recouverte par une peau rouge un peu livide. Des nodosités secondaires se développent à son pourtour et se fusionnent avec la masse principale. A leur niveau, le doigt éprouve, au palper, une sensation inégale, bosselée qui se traduit à la vue par un aspect gaufré de la plaque d'infiltration. Ces petits foyers se caséifient peu à peu, et après un temps variable, s'ulcèrent et se vident par un ou plusieurs pertuis. Des cavités anfractueuses ainsi formées s'écoule un pus séreux, mal lié, grumeleux, assez semblable à celui de l'actinomycose. Le diagnostic différentiel avec cette dernière affection, souvent très délicat, se fera par la recherche des antécédents du malade, la coexistence de lésions tuberculeuses au niveau des ganglions et des viscères. La fusion des foyers suppurés, donnant naissance à des décollements sous-cutanés, sera en faveur de l'actinomycose.

Le sarcome et l'ostéosarcome du maxillaire seront difficilement confondus avec une tumeur actinomycosique primitive. Ils forment des tuméfactions adhérentes au maxillaire et envahissent secondairement la peau. Ils ne produisent pas habituellement de fistules multiples, mais

de larges ulcérations à gros bourgeons suintants. L'ichor qui s'en écoule ne contient pas de grains jaunes.

Dermite perlée à allure clinique d'actinomyose. — Cette affection a été décrite pour la première fois par Rouffiandis (thèse de Lyon) sous l'inspiration du professeur Poncet. L'auteur, observant une malade, s'exprime en ces termes : « La partie latérale gauche de la face correspondant à l'angle de la mâchoire, à la branche montante du maxillaire inférieur, était le siège d'un gonflement œdémateux : deux fistules donnaient issue à un liquide purulent contenant d'innombrables grains jaunes. Le siège tout spécial des lésions, les douleurs, la consistance, la diffusion de l'empâtement, l'absence de ganglions, l'intégrité du squelette, rappelaient tout à fait l'actinomyose. » L'examen microscopique seul permit d'écarter ce diagnostic. Les grains jaunes étaient « constitués par des amas de cellules épithéliales imbriquées, disposées en couches concentriques et les coupes de la tumeur révélèrent l'existence de globes épidermiques et de perles endothéliales » (Rouffiandis).

Rhinosclérome. — Ce néoplasme cutané se présente sous l'aspect de nodosités isolées ou confluentes, de volume variable, ou de tuméfactions aplaties nettement limitées. Ces nodosités s'accroissent graduellement pour former par leur réunion des plaques saillantes, surélevées, bosselées. Elles sont dures, d'une consistance cartilagineuse (Gaucher).

Ces lésions se distinguent de l'actinomyose par leur localisation habituelles aux deux côtés de la narine et à la

lèvre supérieure, par l'absence de troubles cutanés en dehors des régions exactement occupées par les nodosités et par le défaut de ramollissement et d'ulcération.

Pseudo-actinomycose à grains jaunes de MOSETIG, PONCET et DOR. — Cette affection évolue cliniquement comme l'actinomycose avec des localisations identiques et production de grains jaunes. Les caractères de ces grains sont assez particuliers. Ils sont plus volumineux, plus friables : le poids seul de la lamelle porte-objet les écrase facilement (Poncet). Ils sont moins nombreux que les grains d'actinomyces. Au lieu d'offrir un mycélium central rayonné, le grain est constitué par un enchevêtrement de filaments grêles et longs qui se perdent insensiblement au pourtour du corpuscule sans porter des terminaisons en massues.

Gommes syphilitiques. — Les gommes syphilitiques sont d'autant plus facilement confondues avec les nodules actinomycosiques qu'un même traitement interne peut leur être applicable. Comme le fait remarquer Monestié, le mot de « pierre de touche » appliqué par Taburet au traitement ioduré dans ces circonstances est absolument inexact. Certains caractères permettront de reconnaître les gommes syphilitiques. Celles-ci sont localisées de préférence à la région frontale. A la période d'ulcération, l'ouverture unique et circulaire des ulcérations gommeuses, leurs bords nettement arrondis et taillés à pic, le liquide filant et jaunâtre qui s'en écoule, bien différent du pus séreux et mal lié de l'actinomycose, enfin leur tendance rapide à la cicatrisation, sont des signes caractéristiques.

Enfin l'étude des antécédents et la coexistence d'autres lésions syphilitiques sur le corps ne sauraient laisser de doute dans l'esprit du clinicien.

Dermatite tubéreuse iodique. — Sous ce nom, Legrand a décrit une affection cutanée qui se produit dans le cours de l'intoxication par l'iodure de potassium et qui est caractérisée par de petites saillies, à bords taillés à pic, reposant sur une base indurée. Ces plaques sont entourées d'une auréole hyperémique, avec infiltration de la peau avoisinante. Leur surface est recouverte de croûtes jaunâtres qui masquent de petites ulcérations dont on peut faire sortir par la pression un peu de liquide purulent clair. Les éruptions iodopotassiques seront aisément reconnues à leur rétrocession rapide sous l'influence de la suspension du traitement ioduré.

FORMES ULCÉRÉES

Les ulcérations tuberculeuses et épithéliomateuses de la face constituent avec les ulcères syphilitiques gommeux les causes d'erreur de diagnostic les plus fréquentes (obs. X). A ce sujet Tilanus rapporte « l'histoire d'une jeune dame dont la joue gauche présentait une ulcération que l'on prit tout d'abord pour une ulcération syphilitique. L'évolution n'ayant pas confirmé ce diagnostic, on se rejeta du côté de l'épithélioma, puis on crut à de la tuberculose jusqu'à ce qu'enfin le microscope vint démontrer la nature actinomycosique de l'affection » (Guermonprez).

Ulcérations tuberculeuses. — Comme l'a démontré Vallas, elles se développent chez les tuberculeux à la période cachectique et sont liées à l'inoculation des produits de la tuberculose vulgaire: aussi les observe-t-on de préférence au niveau des lèvres. Ces caractères ne permettent pas de les confondre avec les ulcérations actinomycosiques. Leur extension progressive, leur fond granuleux avec sécrétion muco-purulente, les vives douleurs que la pression réveille à leur niveau, enfin la présence constante d'engorgement ganglionnaire achèvent de rendre le diagnostic évident.

Épithélioma. — Il sera rarement confondu avec une ulcération actinomycosique à cause de sa forme arrondie ou polygonale, de son fond grisâtre donnant naissance à un ichor sanguinolent et fétide, ses bords constitués par un bourrelet saillant et mamelonné, enfin son apparition chez les personnes âgées. L'infection ganglionnaire peut faire défaut, comme c'est la règle dans l'actinomycose cutanée primitive de la face.

TRAITEMENT

Les conditions dans lesquelles s'effectuent les inoculations directes de la peau du visage échappent le plus souvent à toute règle de prophylaxie : aussi est-il difficile d'instituer un traitement de ce genre. Comme le font remarquer MM. Poncet et Bérard, on ne sait rien de la biologie de l'actinomyces en dehors des tissus vivants et des milieux de culture. On a vainement tenté de retrouver ses formes d'infection. D'une manière générale, il faudra éviter le contact des animaux malades, surtout quand on est porteur d'une plaie au niveau de la face. On pratiquera une asepsie rigoureuse des mains après le pansement des abcès actinomycosiques.

En ce qui concerne la contagion végétale, toute blessure de la face par une esquille provenant de bois pourri (Müller) ou par des corps étrangers sera soigneusement désinfectée. L'extraction des parcelles restées dans la plaie sera regardée comme une nécessité.

Valeur de l'iodure de potassium. — Ce traitement, préconisé en 1885 par un vétérinaire d'Utrecht, Thomassen, consiste dans l'administration de l'iodure de potassium soit à l'intérieur, soit à l'extérieur sous forme

de pommade ou de badigeonnages avec une solution iodo-iodurée (Esmarch, solution à 4/25). Vanté comme un spécifique par les premiers observateurs et surtout par les auteurs allemands, ce médicament s'est vu déchu de sa prétendue spécificité à la suite de la communication de M. le Dr Bérard au congrès de Saint-Étienne (1897). MM. Poncet et Bérard ont montré que, même pour les formes cutanées auxquelles l'emploi de ce médicament semblait particulièrement réservé, l'iodure devait céder le pas au traitement chirurgical dont il était simplement un adjuvant utile. Le peu d'efficacité du traitement ioduré serait dû « à la différence de réceptivité des tissus pour le parasite et aux conditions nouvelles créées par les infections secondaires » (Poncet). D'une manière générale on ne prescrira isolément l'iodure que dans les cas récents, limités en profondeur et à la phase d'induration congestive du début. Sous son influence, on voit, au bout de quelques jours, les lésions se congestionner et devenir douloureuses. S'il y a ulcération, la sécrétion purulente s'accroît et les grains jaunes qui avaient fait défaut jusque-là peuvent se montrer en assez grande abondance. Cette issue en masse des grains jaunes a été considérée par certains auteurs comme favorable au pronostic, puisqu'il est démontré aujourd'hui que la formation de ces grains est liée à une dégénérescence du parasite.

Dans les actinomycoses cutanées chroniques, surtout accompagnées d'infections bactériennes secondaires, le traitement de choix sera le traitement mixte. C'est en nous inspirant des idées du professeur Poncet que nous allons exposer le traitement des diverses formes de l'actinomycose cutanée primitive de la face.

TRAITEMENT MIXTE

Les formes érythémateuse et maculeuse, dans lesquelles les altérations cutanées restent superficielles, sont la plupart du temps justiciables du traitement ioduré et lui cèdent assez rapidement quand elles sont récentes. M. Poncet administre ce médicament comme dans la syphilis. Il donne au début 2 à 3 grammes, dose qu'il élève progressivement à 6 et 8 grammes pendant quinze ou vingt jours.

Sous l'influence de l'iodure, Raingeard aurait observé sur son malade certaines particularités dans la marche vers la guérison de l'érythème et des macules. Les macules ont pris une teinte foncée avec prédominance du bleu : peu à peu elles se sont effacées de la périphérie vers le centre, et la peau a repris sa coloration normale. L'érythème a rétrogradé progressivement sans subir de variations de couleur.

La guérison habituelle de ces lésions par l'iodure s'explique par leur siège superficiel et leur apparition récente. Les formes chroniques restent parfois rebelles à l'administration de ce médicament. Dans l'observation V, la malade est restée dix ans sans autre symptôme qu'une coloration rouge vineux du visage. Pendant ces dix ans, elle fut soumise au traitement ioduré, d'une manière intermittente, ce qui n'empêcha pas la maladie d'évoluer et de provoquer une généralisation pulmonaire fatale. Dans ces cas chroniques, on joindra à l'administration intérieure de l'iodure des applications sur les téguments de pommade iodurée ou des badigeonnages avec la

solution iodo-iodurée d'Esmarch au 4/25, avec scarifications préalables.

Dans le type vésiculeux, rare à la face, l'action de l'iodure sera différente avant ou après la période d'ulcération. Avant l'ulcération, la vésicule sera avantageusement modifiée par l'iodure (Poncet). La cuticule s'affaisse, sa coloration devient d'un bleu de plus en plus foncé, l'aréole inflammatoire disparaît (Raingeard). Dans les cas favorables, on peut observer, vers la fin du premier mois de traitement, le remplacement du tissu malade par une peau à peu près normale, sans cicatrice apparente.

A la période d'ulcération, l'action de l'iodure devient plus douteuse, parfois nulle (Poncet). Dans ces cas, le grattage des ulcérations vésiculeuses qui enlèvera en totalité les fongosités sous-jacentes à l'ancienne cuticule, les scarifications suivies d'applications de compresses de sublimé à 1 p. 500 ou de badigeonnages avec la solution iodo-iodurée entraîneront plus sûrement les progrès de la maladie.

Type nodulaire. — Si le nombre des nodules est limité à un ou deux, on essaiera l'extirpation, car le seul procédé de cure radicale d'un foyer d'actinomyose qui mette à l'abri de toute récurrence est l'extirpation totale des lésions dues au parasite (Poncet).

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une série de nodules, on portera le bistouri sur ceux qui présentent une fluctuation nette. Après l'incision, une action prolongée de la curette sur les parois de l'abcès enlèvera les parties les plus infectées. Il sera bon de promener sur les tissus ainsi mis à nu la pointe du cautère ou le crayon au

nitrate. Ces foyers seront laissés largement ouverts pour que leur cicatrisation puisse être surveillée de près et les récidives combattues dès leur apparition (Poncet).

Comme complément utile au traitement chirurgical, on donnera l'iodure. Grâce à ce dernier, les nodules indurés subissent une résolution rapide tandis que la cicatrisation des nodules suppurés semble hâtée. De plus, l'iodure de potassium semble avoir une action efficace sur la douleur qu'il fait parfois disparaître complètement (obs. IV).

Dans certains cas où les lésions semblent généralisées à une grande partie de la face, il faut savoir que toutes les régions tuméfiées ne sont pas occupées par le champignon et que l'œdème s'étend habituellement bien au delà des zones envahies (Poncet et Bérard) : alors on peut limiter les phénomènes d'inflammation à une zone restreinte par des injections interstitielles de substances modificatrices antiseptiques, telles que le sublimé en solution chlorurée ou hydro-alcoolique, variant comme concentration de 1 p. 1000 à 1 p. 100, faites dans les points les plus tuméfiés et à la dose de 4 à 5 seringues de Pravaz. Les lésions, ainsi limitées dans leur processus inflammatoire, seront plus facilement abordables par les moyens chirurgicaux.

FORMES ULCÉRÉES

Dans ces formes, des débridements plus ou moins étendus seront nécessaires pour évacuer les infiltrations purulentes des tissus sous-cutanés. On adjoindra des irrigations antiseptiques (sublimé, teinture d'iode, acide salicylique). Des curetages et des cautérisations diverses

modifient les parois des trajets fistuleux. Les caustiques chimiques les plus en faveur, parce qu'ils ont donné les meilleurs résultats, sont le nitrate d'argent et le chlorure de zinc.

L'iodure, en relevant l'état général du malade, complètera l'action de ces médications diverses.

Quand l'imprégnation des tissus n'aura pas été trop profonde, le traitement mixte pourra modifier dans un sens favorable la marche de la maladie. « La guérison définitive, dit le professeur Poncet, ne peut être affirmée que plusieurs années après la fermeture de la dernière fistule et la disparition de la dernière tuméfaction. Des cas de récurrence après des intervalles de deux ou trois ans de guérison apparente imposent au chirurgien la nécessité de revoir régulièrement ses opérés d'actinomyose pendant plusieurs mois. L'administration de l'iodure de potassium peut être continuée pendant cette période, bien qu'elle n'ait pas empêché des récurrences ultérieures. » (Poncet et Bérard : *Traité clinique de l'actinomyose*, chap. X)

OBSERVATIONS

Dans ce travail, nous avons réuni 11 observations d'actinomyose cutanée primitive de la face, 10 de ces cas ne laissent aucun doute. En dehors des signes cliniques, en effet, le champignon a été constaté. Notre observation XI n'a pas eu ce contrôle indispensable, pour des raisons momentanées et particulières à la malade qui n'a pu se soumettre à l'excision ou au grattage de l'un des foyers enflammés, aussi ne la donnons-nous qu'avec des réserves. Les lésions cutanées de la joue avaient cependant de tels caractères qui éveillent si volontiers le diagnostic d'actinomyose cutanée primitive que nous faisons suivre l'observation de cette malade de sa photographie. L'avenir démontrera la valeur de ce diagnostic, car cette femme doit revenir en janvier 1902, à la clinique de M. le professeur Poncet, pour se soumettre à un examen complet et suivre le traitement nécessaire.

OBSERVATION I

Actinomyose cutanée nodulaire de la joue gauche.

(In *Traité clinique d'actinomyose* de MM. PONCET et BÉRARD.)

M^{me} B. . . , trente-deux ans, vient au mois de janvier 1898 consulter M. le professeur Poncet pour une affection cutanée de la joue gauche ayant débuté il y a moins de quatre mois; les lésions

n'ont cessé de s'accroître depuis, elles s'accompagnent d'un trismus marqué.

Aucun antécédent. Enceinte pour la première fois au mois de mars 1897 la malade a souffert pendant juillet-août d'une phlébite à la jambe droite. La guérison de celle-ci a coïncidé avec le début de l'affection actuelle. Une petite nodosité apparut à 1 centimètre au-dessous de la commissure labiale gauche (septembre 1893. La peau rougit, s'ulcéra à son niveau. L'extraction d'une prémolaire, un peu cariée, mais indolore, qui fut regardée comme la cause de l'affection, n'enraya pas ses progrès. En effet, à côté de la première élévation, une seconde apparut, puis une troisième, et ainsi de suite en passant par les mêmes étapes. Au bout de trois mois, les lésions avaient progressé vers la profondeur, et déterminé l'apparition d'un trismus intense presque absolu, avec aggravation notable des phénomènes locaux. Toute la joue fut alors recouverte d'un épais enduit crustacé; il y eut de l'œdème dans la région parotidienne. M. Poncet porte le diagnostic d'actinomycose.

Actuellement (25 janvier), les lésions se présentent sous l'aspect suivant: toute la région comprise entre la commissure labiale et l'oreille est recouverte d'élévures hémisphériques confluentes de 1 à 3 centimètres de diamètre, de 1 centimètre de hauteur. Leur sommet présente des cratères qui laissent échapper du pus contenant des grains jaunes (examen du Dr Bérard). La peau, à leur niveau, a une coloration rouge muqueux.

Du côté de la muqueuse, ni ulcération, ni fistule. La palpation perçoit le relief interne des élévures, et en plus, une quantité de petites nodosités, mobiles et superficielles, grosses comme des grains de millet.

Renseignements étiologiques. La malade habite une maison devant laquelle a lieu un marché aux bestiaux. Dans le désordre du marché, il arrive souvent que les animaux pénètrent jusque dans le vestibule, et le vétérinaire de la localité nous a signalé la présence, mainte fois constatée, de bœufs porteurs de tumeurs actinomycosiques ulcérées, avec écoulement purulent abondant.

OBSERVATION II

Actinomycose cutanée primitive de la face.

(Relatée dans le livre de GUERMONPREZ et BÉCUE *l'Actinomycose.*)

Ménagère, trente-sept ans, sans antécédents morbides héréditaires, habitant un petit village flamand où elle vit misérablement.

L'affection a débuté il y a quatre mois par une petite exco-riation à la région malaire, accompagnée d'un gonflement très prononcé et donnant lieu à de fortes douleurs. L'induration s'est étendue : des nodosités s'y sont produites et enfin des ulcérations sont survenues en trois endroits différents.

La joue gauche est le siège d'une tumeur aplatie, étalée. La peau en est livide, violacée et perforée en quatre endroits différents. De ces fistules s'écoule un pus mal lié, séreux. On dirait des ouvertures fistuleuses d'une tumeur tuberculeuse ou sarcomateuse. La tumeur est inégale comme consistance, molle, semi-fluctuante en certains points, plus dure à la périphérie. Elle n'adhère pas aux parties profondes et paraît n'occuper que le tissu cellulaire sous-cutané. Aucun engorgement ganglionnaire.

A l'examen de la bouche on constate l'absence de trois dents du côté gauche du maxillaire supérieur. Mais il n'existe aucun gonflement, aucun trajet fistuleux qui puisse faire soupçonner une certaine relation entre la tumeur et la cavité buccale. Il est à remarquer du reste que la tumeur a débuté bien avant l'extirpation des dents.

Le diagnostic reste incertain. Les uns croient à l'existence d'une lésion tuberculeuse, d'autres à une affection sarcomateuse.

Le Dr Paradis opère un curetage explorateur aussi bien que modificateur. Au cours de l'opération, on remarque dans les débris enlevés la présence de grains jaunes arrondis, brillants, en assez grande quantité. L'examen microscopique pratiqué par

le D^r Depage fit reconnaître l'élément caractéristique de l'affection.

Ce premier curetage n'a pas été complètement efficace. Il resta autour de la partie avivée une zone de tissu nodulaire, recouvert d'une peau livide, décollée sur les bords. On incise largement tous les tissus puis on fait une large irrigation au sublimé.

Au bout de quelque temps, la cicatrisation était presque complète.

OBSERVATION III

Actinomyose cutanée primitive de la joue gauche.

(Observation résumée du D^r GUILLEMOT, de Thiers (Puy-de-Dôme) communiquée par M. le professeur PONCET à l'Académie de médecine le 12 janvier 1896.)

Jeune homme de vingt-trois ans, n'a jamais vécu avec les animaux domestiques, fait le commerce des fruits du Midi.

A la fin du mois de mai 1895, trois mois auparavant, aidant un marchand forain à dresser son éventaire, la traverse horizontale supportée par deux piquets, qui retient la bâche, l'aurait heurté à la joue gauche et un peu de gonflement serait survenu au point contusionné. Tel aurait été le début de son affection. Ce n'est que deux mois après que le malade aurait commencé à souffrir. Ses douleurs sont devenues extrêmement vives.

4 août. — On constate à l'examen : à gauche de la face, dans la région génienne intermaxillaire, immédiatement en dehors du sillon naso-labial, une tuméfaction fluctuante du volume d'un noyau de pêche. Elle a des contours irréguliers. Actuellement, pas d'érosion ni de fistules ; mais, les jours précédents, la pression faisait sourdre quelques gouttes de sanie sanguinolente.

Cette collection peut être explorée par la cavité buccale et saisie entre deux doigts. Haleine fétide. Tuméfaction des gencives due à une gingivite causée par la pommade mercurielle vendue par un pharmacien. Le malade n'avait jamais souffert

de ses dents avant cette stomatite qui s'est d'ailleurs rapidement amendée à la suite de lotions savonneuses chaudes.

Outre la collection fluctuante ci-dessus décrite, on constate encore une légère tuméfaction de la branche montante du maxillaire, un empatement élastique sur la moitié antérieure du muscle masseter.

A la région cervicale droite on trouve une tumeur sous-cutanée, arrondie, résistante et indolore, située à mi-hauteur et en dehors du sterno-mastoidien et mobile au devant de lui. Cette tumeur, qui est probablement un kyste, existe avec les mêmes caractères depuis plus de deux ans.

De la collection fluctuante de la joue gauche, à peau amincie et en imminence de sphacèle il ne s'écoule rien à la ponction, mais une fois ouverte à la lancette et fortement comprimée elle laisse échapper une partie de son contenu, très visqueux, mêlé de sang et présentant quelques grains blanchâtres (plutôt que jaunes). Même après des injections phéniquées la poche ne peut être évacuée en totalité. Les ponctions faites à ce tégument qui paraissait voué au sphacèle se cicatrisent.

Le 2 septembre les douleurs ont reparu plus vives. Nouvelle ponction à la lancette. Songeant à l'actinomycose, le Dr Guillemot prescrivit l'iodure de potassium. Les douleurs disparurent très rapidement et ne se montrèrent plus dans la suite.

Le 2 octobre, du liquide recueilli par une nouvelle ponction est adressé au laboratoire de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. M. le Dr Dor, chef du laboratoire, y trouva des actinomycètes.

5 octobre. — La petite tumeur sous-cutanée de la région sterno-mastoidienne, froissée par le col de la chemise, présente des phénomènes inflammatoires très marqués. Le centre était ramolli, la peau avait à son niveau une coloration phlegmoneuse. Peu de douleur. A l'incision, des paquets de masses jaunes apparurent, mêlées de sang, les unes friables, les autres agglutinées. Tissus du derme infiltrés — coupe de la peau farcie de trouées jaunâtres que la curette ne parvient pas à détacher.

Cette tumeur fut rattachée à l'actinomycose, non comme à sa cause originelle, mais comme à une cause d'invasion dans un lieu *minoris resistentiæ*, et guérit comme un abcès après incision et grattage.

Depuis, le malade continue à prendre de l'iodure par périodes intermittentes de deux à trois semaines.

Août 1897. — Le Dr Guillemot, interrogé par lettre, nous dit avoir perdu de vue son malade, mais, d'après les renseignements de sa famille, une récurrence se serait produite après la cessation du traitement ioduré.

OBSERVATION IV (résumée).

Actinomycose cutanée primitive cervico-faciale. — Généralisation laryngo-pulmonaire consécutive probable.

(Publiée par M. R. DE LANGENHAGEN dans les *Annales de Dermat. et Syphil.* 1899.)

Femme V..., quarante-six ans, originaire de l'Aube, fille de cultivateur, réglée à dix-sept ans ; a passé sa jeunesse dans les travaux des champs, dans les environs de Troyes où l'on cultive la vigne, le blé, l'orge, l'avoine. Ne se souvient pas avoir jamais été malade.

Est arrivée en Nouvelle-Calédonie, en l'année 1881, où elle s'est mariée. Les deux époux pourvus d'un lot de terre se livrèrent à la culture du maïs, du manioc, de l'igname, etc.

En 1889 (il y a dix ans), se trouvant avec son mari dans une baleinière qui les aidait à transporter des céréales, des peaux de bête, des cuirs, etc., elle s'endormit, et pendant son sommeil, ressentit à la lèvre supérieure une piqûre qui la réveilla brusquement. Cette piqûre aurait déterminé une tuméfaction avec érythème de tout le visage. Au bout d'un mois l'œdème disparut : seule persista la rougeur du visage, qui d'écarlate devint couleur lie de vin.

La malade déclare qu'elle a passé dix ans avec cette teinte

rouge vineux, sans autre symptôme. Souplesse de la peau normale. Rien dans les organes des sens, sauf une sensation de brûlure au niveau des yeux. La malade prit plusieurs fois de l'iodeure durant cette longue période.

Vers janvier 1899 (il y a six mois), la peau du cou et du visage s'indura et s'infiltra peu à peu. Une première grosseur se forma à l'angle de la mâchoire, dure, d'un rouge vif; puis des tumeurs semblables apparurent à la commissure labiale gauche, à la lèvre supérieure, aux régions mentonnière, sternomastoidienne et claviculaire gauches. A ce moment, violents maux de tête et douleurs localisées à la mâchoire et à la partie supérieure du cou. En même temps, raideur du cou et difficulté dans les mouvements de rotation et flexion de la tête. Dysphagie. Gêne respiratoire. Raucité de la voix surtout le matin au réveil. Malgré tout, état général relativement bon. Un peu de faiblesse, quelques troubles digestifs:

Comme facteur d'aggravation, pas de syphilis antérieure, mais un certain degré d'alcoolisme, avoué d'ailleurs.

A l'examen la malade présente un véritable masque plaqué sur tout le visage, depuis la lisière des cheveux jusqu'à la ligne biclavculaire. Ce masque d'infiltration est d'une coloration rouge vineux-sombre. La tête est fixe, les traits de la physionomie absolument immobilisés.

La peau est particulièrement infiltrée au niveau des masseters, elle donne au toucher une sensation d'œdème dur, ligneux. La bouche semble tordue sur son axe. Les veines gorgées de sang figurent de vrais canaux transparents traversant obliquement les régions massétérine et zygomatique. La peau, le tissu cellulaire, les aponévroses ne font qu'un et assurent ainsi l'immobilité de ce masque figé. Le tout donne au facies de la malade un aspect hideux et grimaçant. On constate actuellement sur certaines régions de la face et du cou une série de petites masses indurées, de volume variable, les unes déjà suppurées: deux d'entre elles rappellent l'aspect de gommes.

Le pus de ces abcès, séreux ou crémeux, renferme de nombreux grains jaunâtres caractéristiques.

Depuis quelques semaines seulement, la santé de la malade s'est sensiblement altérée, certains symptômes nouveaux (dysphagie, gêne respiratoire, raucité de la voix, surdité, hémoptysies) sont le prélude de complications redoutables à brève échéance. Les forces ont considérablement diminué, la céphalée est violente, l'amaigrissement prononcé. Insomnie. Inappétence.

Dès le début, l'iode de potassium fut administré à haute dose. La malade supportait bien ce médicament, et les manifestations cutanées de la maladie avaient paru s'atténuer; mais l'amélioration ne fut pas durable.

OBSERVATION V (résumée)

(Publiée par M. LÉON PERRIN, *Annales de Dermatologie et Syphlographie*, 1899.)

A. L..., portefaix sur les quais. Cinquante-deux ans. D'origine corse. Habite Marseille depuis trente ans. Huit enfants bien portants. Constitution robuste. Pas de maladies sérieuses antérieures. Pas de syphilis ni de tuberculose.

Le début de la maladie remonte à deux mois. Le malade occupé au déchargement de plusieurs navires contenant diverses céréales: blé, avoine, orge, aurait été piqué à la joue par un grain, en portant un sac sur l'épaule.

Au commencement de janvier 1899 apparut une petite tuméfaction inflammatoire au niveau de la joue droite. L'abcès se ramollit, s'ouvrit spontanément et après s'être vidé se reforma et resta fistuleux. A la fin de janvier, deux nouveaux abcès apparurent au-dessus du premier, qui devinrent le siège de petites ulcérations.

Le 30 mars on constate l'état suivant: la lésion a l'aspect d'une plaque rouge violacé, mamelonnée, endurcie, occupant toute la joue droite depuis le bord inférieur de l'orbite jusqu'au bord inférieur du maxillaire. Parmi ces saillies mamelonnées, les unes sont molles ou fluctuantes, les autres ulcérées à leur

sommet. Elles reposent sur une base dure presque ligneuse. La pression sur les tumeurs ulcérées fait sortir un liquide purulent et de la sérosité sanguinolente qui étalée sur une lamelle laisse voir deux granulations arrondies blanc jaunâtre.

Le stylet pénètre assez profondément mais ne rencontre pas de surfaces osseuses.

Pas de douleurs spontanées : la pression elle-même n'est pas douloureuse.

Si l'on explore la face interne de la joue, on ne constate pas de tuméfaction au niveau des gencives, ni du sillon gingivogénien. Les lésions siègent exclusivement à la surface cutanée de la joue, ganglions lymphatiques sous-maxillaires et parotidiens indemnes. État général excellent. L'examen du pus par le D^r Engelhardt permet de déceler un enchevêtrement de filaments mycéliens ramifiés avec fines granulations (spores). Les massues sont rares.

On donne progressivement jusqu'à 8 grammes d'iodure de potassium. L'amélioration est manifeste à la partie supérieure de la joue, mais les parties centrales ne sont nullement modifiées. Malgré les doses quotidiennes de 8 grammes, des tumeurs secondaires, violacées, dures, non douloureuses à la pression se développent à la partie moyenne du maxillaire inférieur et évoluent comme les premières. Le malade refuse toute intervention.

OBSERVATION VI

Actinomyose primitive du nez.

(HARTMANN, 7 mars 1887.)

J..., dix-huit ans, cultivateur, présente l'état suivant : Sur le nez on voit une tuméfaction dure, brun rougeâtre, du volume d'une noisette, douloureuse. Tout le visage tuméfié, très rouge, les yeux presque clos. Pas d'appétit — fièvre modérée. On note aussi une vive douleur sur la surface interne de l'articulation du métacarpien du médius de la main droite avec la phalange.

Incision de la tumeur nasale. Il s'écoule très peu d'un pus granuleux, jaune soufre. On pense à de l'actinomyose.

Le pus examiné au microscope affirme le diagnostic. A la suite de l'incision de la tumeur de la main, la fièvre s'allume tout d'un coup : les douleurs sont violentes dans l'avant-bras droit. On observe du gonflement des ganglions axillaires, puis tout rentre dans l'ordre, et le malade se trouve guéri vers la fin du mois.

Le cultivateur avait soigné, peu de temps avant de tomber malade, un bœuf auquel un vétérinaire avait ouvert un abcès du cou. Comme cet abcès avait tendance à se fermer, il avait eu mission de le presser chaque jour pour en faire sourdre le pus. La mère du jeune homme estime que dans cette manipulation, il lui aura sauté au visage une goutte de pus, ou qu'il se sera inoculé en mettant le doigt dans le nez.

OBSERVATION VII

Actinomyose de la peau du visage.

(Extraite de l'article de LIEBLEIN. « Ueber die Actinomykose der Haut »
Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1900.)

M. H..., couturière, âgée de vingt-quatre ans, de Prague, entrée en novembre 1895 à la clinique. La malade a remarqué depuis environ six semaines un petit empâtement douloureux, ferme, à peu près au milieu de la paupière inférieure droite. Cette infiltration, toute petite au début, s'est étendue graduellement à l'angle externe de l'œil et présentait un œdème assez considérable. Peu de temps après, cette infiltration était accompagnée d'une deuxième, plus grosse, localisée à la joue droite, en dehors et en haut de la commissure labiale. Pas de douleurs dentaires antérieures.

Quand la malade vint à la clinique, les deux infiltrats s'étaient abécédés à peu près en leur centre et furent incisés. L'examen du pus révéla une actinomyose typique. Il est à

remarquer que les deux infiltrats ne présentaient aucun rapport avec le maxillaire supérieur : celui-ci offrait un revêtement périosto-muqueux parfaitement normal. La malade prit à l'intérieur de l'iodure de potassium (5 à 8 grammes dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées à bouche par jour), et en fit à l'extérieur des applications avec une solution d'iodure à 10 p. 400. Sous l'influence de ce traitement, les lésions diminuèrent progressivement, mais de petits abcès continuèrent toujours à se former, qui furent incisés jusqu'à ce qu'enfin en avril 1896, par conséquent six mois après, durant lesquels la malade prit constamment de l'iodure, la guérison fut obtenue. Il persista une cicatrice plane, peu surélevée.

En janvier 1898, récédive sous forme d'un abcès sous l'arcade zygomatique droite. Guérison rapide après curetage et administration d'iodure. Maintien de la guérison en mars 1900.

OBSERVATION VIII (HAEKER).

(Citée dans l'article de LIEBLEIN, *Ueber die Actinomykose der Haut*).

Haeker montre à la Société des sciences médicales d'Insbrück un jeune homme de vingt et un ans, pourvu de dents irréprochables, et exempt de toute affection de la cavité buccale. Le patient déclarait s'être blessé à la joue pendant son sommeil par une paille.

A l'ouverture d'un abcès de la joue, on trouva dans le pus parsemé de grains jaunes une petite partie du brin de paille. Étant donnée l'efficacité du traitement ioduré celui-ci est adopté. Cependant l'iodure de sodium est préféré à l'iodure de potassium d'une manière systématique.

OBSERVATION IX (PRUTZ)

(Relatée dans l'article de LIEBLEIN.)

X..., fils d'un cocher, arrive le 15 juin 1898 à la clinique. Il déclare, avant même qu'on l'interroge, s'être blessé à la joue

gauche au mois de juillet 1897 avec une graine d'épi de seigle. A la suite de ce léger accident, un petit nodule aurait apparu peu à peu. A l'entrée du malade dans la clinique, on constate une tuméfaction étendue de 4 centimètres, située dans les couches superficielles de la peau de la joue, pâle, fluctuante, non douloureuse. Incision. L'examen microscopique du pus révèle la présence de l'actinomyces.

Grâce à un tamponnement à la gaze iodoformée, la poche diminue rapidement. Au bout de deux semaines et demie, on obtient la guérison avec cicatrice linéaire.

On pouvait encore constater la guérison au mois de juillet 1898.

OBSERVATION X

Actinomyose cutanée de la joue.

(Signalée dans le *Bulletin Médical*, séance du 26 avril.)

Cette observation, apportée par M. Gaucher et M. Lacapère, interne des hôpitaux, concerne une femme de trente-six ans chez laquelle le diagnostic d'actinomyose fut porté, après élimination des hypothèses d'une tumeur cancéreuse (épithélioma), ou syphilitique, ou tuberculeuse. On relève dans les commémoratifs ce fait que la malade s'occupait autrefois de l'achat des animaux de boucherie et qu'elle les examinait sur pied. La contagion s'est faite directement de l'animal à la malade.

« Cette particularité exceptionnelle, disent les auteurs, expliquerait peut-être la lenteur avec laquelle évolua l'affection. On a remarqué, en effet, que la virulence de l'actinomyces s'atténuait par les passages d'animal à animal. Il est permis de supposer que l'inoculation d'une actinomyose atténuée a pu rester latente chez cette femme pendant huit années avant de se manifester par une tumeur dont le développement fut provoqué par une contusion violente. Enfin, fait également exceptionnel, la porte d'entrée paraît située sur la peau de la joue. »

OBSERVATION XI

Actinomyose cutanée primitive de la face.

(Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET.)

M... P..., âgée de cinquante-trois ans, marchande de journaux, entrée à la clinique le 28 juin 1904. Pas d'antécédents héréditaires, ostéomyélite probable, à l'âge de sept à huit ans, du médius gauche, le doigt est encore très déformé; mariée à dix-huit ans, mari bien portant, quatre enfants, dont deux fils en bonne santé et deux jumelles mortes à leur naissance.

L'affection actuelle date d'une quinzaine d'années. Elle a commencé au niveau du lobule de l'oreille droite, où était une boucle d'oreille de fantaisie, par du gonflement et de la rougeur autour du point percé. Ce gonflement et cette rougeur s'accompagnaient d'une sensation de cuisson qui durait quelques jours, puis disparaissait pour revénir quelque temps après. La malade attribuant ces phénomènes aux boucles d'oreilles les quitta, mais sans résultat.

A l'examen, le lobule de l'oreille droite, très déformé, présente des sillons cicatriciels. La peau est rouge et croûteuse. Au niveau de la joue, sur une ligne s'étendant du tragus au menton, on voit des plaques rouges, plus ou moins rapprochées, mais sans se confondre, de la dimension d'une lentille environ, d'une coloration rouge foncé, recouvertes de petites squames. Elles sont entourées d'une zone plus pâle qui s'atténue peu à peu, en se confondant avec les papules voisines. L'ensemble des lésions forme une large plaque en écumoire.

Au palper on sent une dureté particulière de la peau, qui donne au doigt la sensation du carton mouillé. La peau est infiltrée dans toute son épaisseur et indurée.

Pas de trismus, pas d'envahissement osseux, bon état général.



Fig. 2. — Actinomycose cutanée primitive de la joue.

CONCLUSIONS

On connaît la fréquence de l'actinomycose faciale qui se traduit le plus souvent par des abcès, des fistules s'ouvrant à l'extérieur et parfois par des lésions cutanées plus ou moins étendues. Ces lésions cutanées représentent la forme secondaire par opposition à l'actinomycose cutanée faciale primitive qui succède à une inoculation directe de la peau et qui présente précisément certains caractères que nous nous sommes proposé de mettre en relief dans ce travail.

Nous avons pu réunir tant en France qu'à l'étranger dix cas absolument démontrés. (le champignon a été trouvé dans dix observations). Dans un dernier cas qui porterait le chiffre de nos observations à onze, les signes cliniques étaient bien ceux de l'actinomycose, mais la recherche du parasite n'a pu être effectuée.

Sept fois, les lésions siégeaient à la joue. Dans les trois autres cas, les lésions occupaient : 1° la joue, les lèvres et le menton ; 2° la joue et la paupière inférieure ; 3° le nez. En ce qui concerne le sexe, la proportion était identique des deux côtés. Les limites relatives à l'âge varient de dix-huit

à cinquante-deux ans. Quatre fois il s'agissait de personnes habitant la campagne, quatre fois la ville. Dans deux cas, le lieu d'habitation n'était pas mentionné.

Dans toutes nos observations, l'infection s'est produite par une érosion cutanée : il y a eu par cette brèche de la peau inoculation du parasite, et dans tous ces cas on ne saurait incriminer la voie vasculaire ou lymphatique. La contagion animale a été observée trois fois : le point de départ a été rencontré cinq fois chez les végétaux : le bois et les céréales (plus particulièrement le seigle semble-t-il) ont été incriminés.

Un fait que nous tenons à mettre en évidence, c'est la tolérance parfois très longue des tissus pour le champignon : c'est ainsi que dans nos observations III, IV, X, l'inoculation s'était faite deux mois, huit ans et dix ans auparavant, sans que le parasite révélât sa présence par un accident local.

La maladie débute parfois par une tuméfaction d'apparence inflammatoire qui revêt ensuite le caractère nodulaire.

Dans l'actinomyose cutanée primitive de la face, l'adénite a constamment fait défaut.

L'affection a une marche essentiellement chronique et son pronostic est favorable tant que les lésions restent localisées aux plans superficiels.

Dans dix observations, nous comptons neuf guérisons. Dans la dernière, la malade succomba à une généralisation pulmonaire.

Quant au traitement il doit être médico-chirurgical. On donnera l'iodure de potassium à l'intérieur à doses progressives et suivant la tolérance du sujet, jusqu'à 3 et

4 grammes, et par un traitement local approprié, on modifiera les tissus enflammés. Le traitement chirurgical, bien connu, consistera surtout dans l'incision, le curetage, l'abrasion, etc., des foyers infectés, dans le pansement à plat de ces plaies opératoires que l'on surveillera en outre au point de vue d'une récurrence.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

Pr LE DOYEN,

L'Assesseur :

LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- HOCHENEGB. — Actinomyecose de la peau de la face (*Centralblatt für Bacterien*) 1889.
- TABURET. — Thèse de Bordeaux. Actinomyecose cutanée, 1893.
- TENNESON. — Traité clinique de dermatologie, 1893.
- MONESTIÉ. — Actinomyecose cutanée (thèse Paris), 1894.
- GUERMONPREZ et BECUE. — De l'actinomyecose, 1894.
- RAINGEARD. — Les manifestations cutanées de l'actinomyecose (Thèse Paris), 1895.
- VINCENT. — Actinomyecose cutanée (thèse de Lyon), 1897.
- PONCET et BÉRARD. — Traité clinique de l'actinomyecose humaine, 1898.
- GAUCHER. — Leçons sur les maladies de la peau, 1898.
- PERRIN et R. DE LANGENHAGEN. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1899.
- KOELSCH. — Actinomykose in Menschen (Inaugural Dissertation Erlangen), 1900.
- LIEBLEIN. — Ueber die Actinomykose der Haut (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*), 1900.
- LION. — Hautactinomykose, 1900.

